

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 4 novembre 1904, à 1 heure

Par **A. LEMOINE**

Né à Rennes le 31 octobre 1877
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES RUPTURES DU PÉRINÉE CONSÉCUTIVES A L'ACCOUCHEMENT

ET DE LEUR

Traitement immédiat et secondaire

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : { MM. PINARD, professeur.
BROCA (Aug.) et LEGUEU, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Maladies des enfants	LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.	GAUCHER.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEME LIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE

MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

Faible hommage de ma reconnaissance.

A MA TANTE

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. RECLUS

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien des Hôpitaux.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

Il nous est permis, à la fin de nos études, d'exprimer en quelques mots la reconnaissance que nous devons à ceux qui nous ont dirigé. Lequel de nous n'a pas éprouvé maintes fois, à la fin d'une savante leçon de clinique, d'une opération brillante, une admiration profonde pour ceux qui, après un labeur de toute leur existence, consacrent la plus grande part de leur temps au soulagement des malheureux. C'est avec une sérénité sans égale et une modestie admirable qu'ils nous prodiguent le fruit de leurs études, de leurs veilles, de leurs inquiétudes, de leur expérience. Nous obéissons aujourd'hui à cet usage, mais surtout à un sentiment spontané de reconnaissance pour les maîtres qui nous ont dirigé dans nos études, et auprès desquels nous avons toujours trouvé des encouragements, des conseils et une bienveillance sans égale.

A l'Ecole de médecine de Rennes, M. le Dr FOLLET a dirigé nos premiers pas dans son service de l'Hôtel-Dieu. Son amitié et ses conseils, sa haute conception de la médecine et son sens clinique qu'il s'efforçait de nous faire acquérir, nous ont appris une méthode que nous n'avons pas abandonnée. M. le Dr PERRIN DE LA TOUCHE, Directeur de l'Ecole, les

D^r DAYOT et LE DAMANY nous ont, dès cette époque, témoigné la plus grande bienveillance.

Dès notre arrivée à Paris, M. le D^r RICARD nous accueillait dans son service de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis et nous fit l'honneur de nous accepter comme externe dans la suite. C'est à lui que nous devons les notions de saine chirurgie, de simplification dans les modes opératoires, de parfaite aseptie, nécessaires à tout chirurgien ; qu'il veuille bien agréer aujourd'hui ce faible hommage de notre reconnaissance.

Le D^r DANLOS nous accepta comme externe à l'hôpital Saint-Louis, nous lui devons de grands remerciements pour tout ce qu'il nous a appris en dermatologie et vénéréologie.

Nous terminions notre première année d'externat à la maternité de l'hôpital Saint-Louis dans le service du D^r AUVARD ; c'est lui et le D^r BRINDEAU qui nous ont appris l'art obstétrical et nous ont mis à même de poursuivre utilement nos études sur cette branche de la médecine. Qu'ils veuillent bien accepter ici l'expression de notre profonde gratitude.

M. le D^r WIDAL nous a fait l'honneur de nous accepter comme externe à l'hôpital Cochin, nous permettant ainsi de profiter de ses intéressantes et fécondes leçons de clinique médicale. Nous sommes particulièrement sensible à la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, et nous sommes heureux de lui exprimer à la fin de nos études notre très sincère gratitude.

M. le D^r NETTER nous a reçu dans son service de l'hôpital Trousseau ; c'est auprès de lui que nous avons

appris et aimé à soigner les enfants. Il fut pour nous un maître dévoué, qu'il nous permette de lui exprimer ici nos sentiments de vive reconnaissance.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre cousin et excellent amile D^r LEMARC'HADOUR qui dans sa clinique avec le D^r BOULAY, nous donna les notions d'oto-rhinologie et de laryngoscopie nécessaires à tout médecin, et qui fut toujours pour nous un conseiller dévoué et affectueux.

Au cours même de ce travail, nous avons contracté une nouvelle dette de reconnaissance auprès de notre ami le D^r CHEVRIER, prosecteur des hôpitaux, qui nous aida de ses excellents conseils. Que mon vieil ami et camarade d'études GOMAND trouve ici l'assurance de ma sincère amitié.

Enfin que M. le professeur RECLUS veuille bien accepter l'expression de nos respectueux hommages pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

INTRODUCTION

Pendant le cours de nos études, pendant notre stage d'accouchement et la petite pratique que nous avons acquise en remplacements, nous avons été frappé de la grande fréquence des ruptures du périnée chez la femme, et nous avons constaté que même une surveillance attentive de l'accouchement, la prescription absolue de toutes les règles, l'observation stricte des différentes méthodes permises pour éviter cet accident, ne peuvent pas toujours empêcher la lésion de se produire. Pendant notre dernière année d'externat dans le service de gynécologie du Dr Ricard à l'hôpital Saint-Louis, nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre de femmes qui, depuis plusieurs mois, plusieurs années, souffraient de pesanteur dans le petit bassin, de douleurs augmentées par la moindre fatigue, les rendant incapables de travailler. En les interrogeant, il était facile de retrouver l'étiologie de tous ces troubles. Les malades elles-mêmes commençaient, avant d'entrer dans aucun détail, par nous dire que c'était « des

suites de couches ». De fait, lors d'un précédent accouchement elles avaient eu une déchirure du périnée. L'examen le plus superficiel permettait de constater une béance de la vulve, du rectocèle et du cystocèle, souvent même un prolapsus utérin complet, ou tout au moins amenant le col à la vulve. Toujours on constatait un effondrement complet du plancher périnéal dont il ne restait à la vue qu'une mince bandelette blanchâtre, et, par le toucher rectal et vaginal combinés, en déprimant la fourchette, on ne retrouvait plus la sensation de rigidité que l'on trouve normalement et qui est due à la tension des muscles de la région périnéale, sorte de sangle relevée en haut soutenant le vagin et l'utérus.

L'indication opératoire était rarement discutable. Il était de toute nécessité de refaire le périnée, opération sans aucun danger pour la femme avec les méthodes actuelles, relativement facile avec les procédés modernes, et donnant toujours une complète satisfaction à la malade et au chirurgien.

C'est cette question de la périnéorrhaphie que nous nous proposons d'étudier, question éminemment pratique dont on s'est occupé de tout temps. Incomplète avec les procédés anciens où l'anatomie et la physiologie des muscles étaient imparfaitement connues, elle est devenue de nos jours parfaite et doit être connue de tous les médecins qui peuvent être appelés à la pratiquer.

Notre travail est divisé en trois parties : la première anatomique, la seconde clinique, la troisième traitera spécialement du traitement : de la périnéorrhaphie.

Dans notre premier chapitre nous ferons l'anatomie de la région périnéale chez la femme en insistant principalement sur les muscles releveurs de l'anus qui ont, nous le verrons, la plus grande importance ; sur certains rapports de ces muscles qui peuvent constituer le seul danger de l'intervention. Nous parlerons de la physiologie de ces muscles, de l'importance du plancher périnéal chez la femme, de ses variations au moment de l'accouchement et de son utilité comme moyen de soutien de l'utérus.

Dans notre second chapitre nous passerons en revue les principales causes de rupture du périnée chez la femme, leur degré et les conséquences qu'elles entraînent immédiatement et tardivement.

Notre troisième chapitre traitera de l'opportunité de l'intervention, du moment qu'il faudra choisir.

Dans notre dernière partie nous essaierons de décrire les différents procédés de périnéorrhaphie qui ont été préconisés.

Il nous a semblé intéressant de passer en revue les méthodes anciennes et de faire un cours historique.

Nous n'insisterons pas sur les méthodes anciennes que nous ne ferons que signaler, mais nous décrirons le plus clairement possible les procédés modernes qui refont un périnée musculaire, et non plus comme précédemment un périnée apparent. Nous insisterons sur le procédé de Lawson Tait, point de départ de la technique actuelle, de M. Delbet, de MM. Proust et Duval.

Nous terminerons notre travail par l'exposé du procédé que nous avons vu journellement employer dans

le service de M. Ricard. Nous en décrivons la technique opératoire complète, et nous croirons avoir fait un travail utile si nous avons su expliquer clairement la simplicité d'un procédé qui a donné d'excellents résultats, ce qui nous a engagé à décrire cette méthode à la portée de tous les médecins.

CHAPITRE I

Anatomie de la région périnéale chez la femme envisagée au point de vue de la périnéorraphie.

Dans les différentes interventions qui ont pour résultat de refaire un périnée rompu, on traverse des plans superficiels sans importance, mais où s'épanouissent toutefois les dernières ramifications de l'hémorroïdale inférieure et plus en avant la transverse superficielle du périnée. Les nerfs satellites de ces deux artères sont assez souvent atteints dans leurs filets ultimes, mais tout cela est négligeable; l'élément anatomique intéressant de la région est le muscle releveur de l'anus sur la topographie et la fonction duquel nous devons insister dans ce chapitre, pour faire comprendre les modifications apportées par les chirurgiens modernes à l'opération de la périnéorraphie.

L'anatomie du muscle releveur de l'anus a été diversement comprise par les auteurs classiques et les anatomistes actuels.

Autrefois avec Vésale, Henle, Cruveilhier, Sappey,

on ne décrivait à ce muscle qu'un seul plan de fibres musculaires.

Roux (de Berne) affirma le premier la division du releveur en deux couches essentiellement différentes dans leur direction et leurs insertions. Rudinger, Gegenbauer, Schwalbe et Drappier confirmèrent cette opinion par des recherches tant embryologiques qu'anatomiques, et à l'heure actuelle il convient de décrire au releveur deux portions : l'une externe encore appelée superficielle ou sphinctérienne, l'autre interne profonde ou élévatrice. La première constitue la majeure partie de ce que les auteurs ont appelé le diaphragme pelvien, la seconde est une bande étroite à direction antéro-postérieure qui va du pubis à l'anus en contournant l'urèthre et le vagin.

A. — La première portion dite superficielle naît de la paroi pelvienne par trois points d'insertion principaux et juxtaposés.

En avant elle s'attache à la face postérieure du pubis par des fibres mi-charnues mi-aponévrotiques implantées suivant une ligne courbe à convexité supérieure, laquelle s'étend du voisinage de la symphyse en avant à l'arcade aponévrotique qui limite le canal obturateur en arrière.

A ce premier mode d'origine fait suite aussitôt un second mode aponévrotique, de beaucoup le plus considérable. En effet les fibres de la portion superficielle du releveur s'implantent dès lors, non plus sur l'os mais sur l'aponévrose du muscle obturateur, suivant une ligne très allongée concave en haut et qui rejoint l'ex-

trémité postérieure de l'arcade obturatrice à l'épine sciatique. Au niveau de cette seconde ligne d'insertion, l'aponévrose pelvienne s'épaissit, constituant « l'arcus tendineus musculi levatoris ani », qu'il ne faut pas confondre avec la petite arcade limitant le canal obturateur situé immédiatement au-dessus et surtout avec l'arcade plus importante appelée par les auteurs allemands « arcus tendineus fasciæ pelvis », et qui est placée au-dessous.

La portion superficielle du releveur naît enfin en arrière par quelques rares faisceaux charnus sur la face interne de l'épine sciatique sur une longueur d'un demi-centimètre environ. Quelques fibres même viennent de la face antérieure du petit ligament sacro-sciatique et de la surface quadrilatère de l'ilion, d'après Drappier.

Parties de ces trois points dont deux sont fixes, l'antérieur et le postérieur et le troisième mobile, les fibres se dirigent en bas et en arrière en se rapprochant, dit Drappier, davantage de la direction sagittale que de la transversale, ce qui explique anatomiquement cette fonction de contention du vagin et du rectum, dévolue à cette portion du releveur.

Finalement, les faisceaux musculaires passent à angle droit sur les côtés de l'urèthre, du vagin, du rectum, sans se confondre avec le sphincter de ce dernier organe. Arrivés derrière le rectum, ils se croisent d'un côté à l'autre, et constituent à ce niveau le raphé ano coccygien décrit par Kholrausch. Il y a en ce point, confusion entre les fibres du sphincter externe de l'anus et celles du releveur. Mais quelques fibres de ce der-

nier muscle vont s'implanter sur les bords latéraux du coccyx. Sæmmering en faisait un muscle « *curvator coccygi* ».

B. — La portion profonde, interne du releveur, élévatrice par sa fonction, présente, avons-nous dit, une direction nettement antéro-postérieure.

Elle constitue un double ruban attaché en avant au pubis, immédiatement en dedans et au-dessus de la portion superficielle du releveur ; de plus, à la face externe du ligament pubo-vésical externe, enfin par quelques rares fibres à l'aponévrose du diaphragme rectal.

Partis de ces insertions antérieures, les faisceaux musculaires passent sur les côtés du vagin sans y adhérer, contrairement à l'opinion de Cruveilhier, de Sappey et se terminent en arrière de cet organe, se confondant en partie avec le centre tendineux périnéal. Mais la plupart des faisceaux s'appliquent à la face antérieure du rectum, descendant vers l'anus, et se fixent aux parois antéro-latérales de l'organe d'une façon complexe bien mise en évidence de nos jours.

Treitz avait déjà admis qu'un certain nombre de fibres musculaires longitudinales du rectum se perdaient dans le releveur. Roux, par des examens microscopiques, établit plus tard que les fibres longitudinales du rectum divergeaient en pinceau dans la région du sphincter et se terminaient les uns dans la région occupée par les muscles releveurs et sphincter externe de l'anus, les autres au-delà dans la peau. Mais c'est Laimer qui mit en évidence d'une façon plus nette les rapports des fibres du releveur et des fibres longitudi-

nales du rectum. On peut admettre avec ce dernier auteur qu'après avoir passé entre les deux sphincters de l'anus, les fibres longitudinales se terminent de trois façons : les unes descendant dans la peau de l'anus vers les couches profondes du derme ; d'autres passent à travers le sphincter interne et forment dans la sous-muqueuse une véritable *muscularis mucosæ*.

D'autres enfin, et c'est le plus grand nombre, se recourbent en dehors et se terminent soit sur des lames tendineuses, soit encore sur des arcs tendineux à concavité tournée vers le rectum, lesquels reçoivent sur leur autre face les fibres de la courbe profonde du releveur.

Nous avons insisté sur la constitution anatomique du releveur de l'anus à cause de sa grande importance dans la réfection du périnée, mais, pour aborder cette région, il faut se souvenir des notions anatomiques acquises récemment à la suite des travaux de MM. Quénu et Hartmann, Rieffel, Duval et Proust, sur les rapports du rectum et de la paroi postérieure du vagin que ces auteurs ont décrit de cette façon : (1) « L'adossement du rectum et du vagin doit être envisagé en trois points différents :

1° En bas, c'est l'union ano-vulvaire et le carrefour musculaire superficiel : là, l'anus est loin de la vulve normale séparé par toute l'épaisseur du corps périnéal.

2° Plus haut le rectum se rapproche sensiblement du vagin à la hauteur du plancher uro-génital : le raphé

1. PRESSE MÉDICALE, 22 NOV. 1902.

pré-rectal très serré à ce niveau prend une disposition sur laquelle M. Hartmann a insisté et que l'un de nous a appelé la *bandelette recto-vaginale*. Cette formation, nettement différenciée, détermine par sa traction le coude rectal. La rétropulsion de l'intestin n'est possible qu'après sa section : c'est la clef de l'espace décollable. En avant elle se continue avec le diaphragme uro-génital en formant deux arcades qui engainent les releveurs de l'anus.

3° Plus haut encore, le vagin et le rectum ne sont séparés que par le fascia recto-vaginal (Rieffel); c'est le reste oblitéré du cul-de-sac de Douglas embryonnaire dont la coalescence est venue former une aponévrose par un processus analogue à celui décrit chez l'homme par Cuneo et Veau. C'est *l'espace intervagino rectal de Quénu et Hartmann.* »

PHYSIOLOGIE

De toute cette étude anatomique nous pouvons donc tirer cette conclusion que le muscle releveur de l'anus est le grand soutien du diaphragme pelvien, du périnée profond et des organes creux qui traversent cette région. C'est cette notion qui domine la physiologie du muscle encore différemment interprétée par les auteurs classiques et les contemporains.

Les classiques admettent que le releveur de l'anus a surtout pour fonction de porter en haut et en avant le périnée et par ses fibres insérées au pourtour de l'anus de dilater cet organe.

Lesshaft, Budje, Morestin ont démontré expérimentalement que ce muscle est plutôt un constricteur anal. En réalité on doit attribuer un rôle différent au releveur suivant que l'on considère sa portion sphinctérienne ou sa portion élévatrice.

La portion sphinctérienne dont les fibres se terminent derrière le rectum et ne se perdent pas dans l'anus comme celles de la seconde portion, entoure le rectum

à la façon d'une sangle et retient la cavité de cet organe. C'est en quelque sorte un second sphincter du rectum plus élevé, dont on peut mettre la fonction en évidence par des moules de cire ou en pratiquant le toucher rectal suivant le conseil de Morestin. Ce serait même, d'après cet auteur, un sphincter plus puissant que le sphincter externe de l'anus. Cette opinion est conforme aux données de l'anatomie comparée, Cuvier puis Budje ayant établi chez les oiseaux l'existence de deux sphincters du cloaque, le releveur étant l'un d'eux.

La portion élévatrice du rectum a pour fonction d'attirer le rectum en haut et en avant, par suite de produire une dilatation du rectum, mais trop minime pour n'être pas masquée par l'action constrictive de la puissante couche externe du muscle.

La portion interne du releveur entoure aussi le vagin sans y adhérer. Elle produit du vaginisme supérieur qu'on met en évidence par les impressions sur les cylindres de cire molle suivant les procédés de Budin, Dickinson, Davet.

En plus de ces actions multiples, le releveur a un intérêt tout spécial surtout au point de vue obstétrical. Sa portion interne en particulier a pour fonction d'attirer en haut et en avant toute la masse du périnée. Il retient ainsi le tube vaginal en soulevant et en protégeant sa paroi postérieure par ses insertions à la peau et au raphé ano-vulvaire.

Nous devons insister un peu en terminant ce chapitre sur le rôle du releveur au moment de l'expulsion du fœtus, ce qui permettra de comprendre l'importance

de la suture des bords postérieurs de ce muscle lorsque au cours d'un accouchement le périnée aura été effondré.

Lorsque commence l'expulsion du fœtus sous l'influence des contractions utérines, le premier obstacle à l'ouverture de l'orifice vulvaire et à l'ampliation du périnée est le releveur coccy-périnéal de Farabeuf, c'est-à-dire le plancher formé par le releveur et l'ischio-coccygien réunis.

L'action des forces expultrices porte d'abord sur le segment postérieur qui empêche le coccyx de se renverser en arrière. Elle porte ensuite sur le segment moyen du releveur coccy-périnéal. Celui-ci cède peu à peu ; l'anus est surdistendu et projeté en arrière, en même temps que les veines hémorroïdales deviennent turgescentes.

Mais c'est la partie antérieure du releveur coccy-périnéal qui subit le maximum d'efforts. La fente limitée par les releveurs doit passer de 8 centimètres à 11 centimètres de longueur et en largeur de 4 à 9 centimètres. Cette boutonnière, vrai détroit inférieur du petit bassin, bord supérieur de cet infundibulum péri-néo-vulvaire que Pinard nomme à juste titre le bassin mou, se distend peu à peu sous l'influence des mouvements de va-et-vient de la tête fœtale qui hésite entre les forces expultrices venues d'en haut et les forces réactionnelles venues d'en bas, du périnée et surtout du releveur. Lorsque l'ampliation du périnée se fait régulièrement par une tête fœtale bien placée, les tissus ne subissent aucune atteinte ; mais dans bien des cas, par la faute du fœtus ou par suite d'une conformation

vicieuse du canal périnéo-vulvaire maternel, les plans musculaires et aponévrotiques sont déchirés. Les releveurs fortement écartés perdent leur point d'appui sur le noyau central du périnée. C'est à cette déchirure plus ou moins étendue en profondeur qu'il faudra porter remède, et la connaissance de l'importance des releveurs est capitale pour tenter une réfection suffisante de ce diaphragme coccy-périnéal dont ils sont l'élément essentiel.

CHAPITRE II

Généralités sur les déchirures du périnée.

Fréquence et causes. — C'est au moment de l'expulsion du fœtus que l'on doit redouter chez la femme en travail, la déchirure du périnée. C'est un accident fréquent que l'on a plus à craindre chez les primipares que chez les multipares, cela se conçoit aisément si l'on admet qu'au premier passage donne aux tissus du vagin, aux muscles de la région périnéale, un certain relâchement. Auvard donne dans son Traité d'obstétrique une moyenne généralement acceptée de 30 0/0 pour les premières et de 10 0 0 pour les femmes qui ont déjà accouché.

Nous ne nous étendrons pas sur les causes de rupture du périnée, nous n'en discuterons pas le mécanisme, mais nous croyons devoir en signaler les causes les plus fréquentes. Les primipares âgées dont les tissus ont diminué d'élasticité avec l'âge, les albuminuriques dont les tissus ont une résistance minime y sont plus prédisposées. Les vagins trop courts et trop

étroits se dilatent mal, de même ceux qui ont plus ou moins de rigidité cicatricielle due soit aux accouchements antérieurs, soit à des interventions chirurgicales. De même les inflammations périvaginales agissent de cette façon en donnant lieu à des indurations qui fusionnent les parois vaginales avec les tissus sous-jacents et leur enlèvent toute indépendance. Le vagin, ne pouvant plus glisser, subit au même endroit des pressions répétées dues à la tête du fœtus ; il éclate, entraînant la rupture des plans sous-jacents.

D'autres fois c'est le fœtus qui est la cause de la rupture. L'expulsion rapide, due soit à un effort fait par la femme, soit à une inattention de l'accoucheur, rentre pour une grande part dans l'étiologie. La déchirure se produit au moment du dégagement de la tête, surtout si ses diamètres ne sont pas en rapport avec ceux du bassin de la femme ; par exemple, s'il présente à la vulve son diamètre sous-occipito frontal. Les présentations du sommet en occipito sacré, les faces, les sièges, les épaules sont des causes suffisantes pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister sur le mécanisme de ces ruptures. Quelquefois, sans que le volume de la tête du fœtus soit en cause, puisqu'il est d'observation courante que dans les accouchements prématurés, les déchirures sont fréquentes, les tissus n'ayant pas appris en quelque sorte à se relâcher, la direction vicieuse du sommet descendant ; soit que le bassin soit en antéverson, soit que la gouttière périnéale soit trop longue gêne la déflexion de la tête qui se détendra en quelque sorte comme un ressort, il sera difficile dans ce cas d'éviter la rupture.

En résumé, le défaut d'élasticité des parois du vagin, la dilatation de la vulve trop rapide ou incomplète, sont les causes principales. Nous devons signaler le rôle capital que M. Budin attribue aux restes de l'hymen dans la pathogénie de ces ruptures. Constitués par du tissu fibreux, ils agiront comme tout tissu cicatriciel, inapte à se détendre, ils seront le point de départ de la déchirure.

Nous ne parlerons pas du moyen d'éviter ces ruptures. Nous rappellerons qu'une des principales qualités de l'accoucheur est la patience, qu'il faut savoir attendre, et que bien des ruptures sont dues à une intervention trop hâtive qui n'a pas laissé au périnée le temps d'arriver à sa complète extension. Il faut surveiller l'accouchement avec un soin scrupuleux et mettre en pratique les différents procédés fort bien indiqués dans nos classiques. Il nous a semblé qu'en plissant avec les doigts de la main qui protège le périnée, les tissus au devant de la tête qui se présente, on évite souvent une déchirure.

Classification des ruptures du périnée. — On s'est ingénié à faire des classifications des ruptures du périnée. On les a divisées à l'infini. Mattei dans sa thèse d'agrégation en décrit longuement cinq variétés; Churchill, dans son Traité des maladies des femmes : en fait quatre divisions ; Montfort, dans sa thèse de doctorat, adopte la classification du professeur Guyon, il les divise en déchirures simples n'intéressant pas l'anus, subdivisées elles-mêmes en complètes, qui s'étendent jusqu'au sphincter, ou complètes ; et les déchirures

compliquées qui intéressent le périnée, l'anus, la cloison vagino-rectale. Il fait une troisième division, les déchirures centrales.

Il semble que la dénomination de ruptures simples ou compliquées ne soit pas très exacte. Toute déchirure est un accident. Les méthodes actuelles de traitement n'autorisent guère plus la dénomination de compliquées, et nous adoptons la division purement d'étendue donnée par Budin dans son traité de l'art des accouchements : les déchirures sont incomplètes ou complètes.

Incomplètes, elles s'étendent sur le périnée à une distance variable, mais sans aller jusqu'à l'orifice anal ; elles peuvent se compliquer d'une lésion plus ou moins étendue de la paroi postérieure du vagin.

Complètes, elles divisent tout le périnée y compris le sphincter anal, remontant parfois sur la cloison recto-vaginale à des hauteurs variables. Le périnée est divisé dans toute sa hauteur et en examinant la région on constate une fente triangulaire à sommet supérieur qui remonte sur la paroi postérieure du vagin, quelquefois jusqu'au col, divisant le périnée et la cloison recto-vaginale en deux moitiés inégales : la déchirure se trouve le plus souvent à droite, elle est rare sur la ligne médiane où elle rencontre la résistance de la colonne vaginale postérieure.

Dans les déchirures centrales, le périnée se perfore entre la commissure vulvaire et l'anus. Elles sont très rares et tendent à disparaître avec les progrès incessants de la science obstétricale. Elles résultent de

manœuvres mal dirigées, intempestives quand elles ne sont pas la conséquence d'un travail peu ou mal surveillé. M. Albert Morand dans sa thèse inaugurale, en cite 39 observations, 2 seulement ont eu une terminaison fatale.

La déchirure comprenant le sphincter anal s'accompagne à un degré variable de fistule recto-vaginale qui aggrave la position des malades. Il s'y joint souvent une fistule vésico-vaginale, de sorte que le rectum, le vagin, la vessie forment un cloaque communiquant directement avec l'extérieur. Comme traitement de ces fistules on a proposé la fente du périnée et la périnéorraphie consécutive. Cette opération a été pratiquée par Richet en France, Simon en Allemagne ; nous y reviendrons en faisant l'historique de la périnéorraphie.

CONSÉQUENCES IMMÉDIATES ET TARDIVES DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE.

Nous avons vu en étudiant l'anatomie et la physiologie du périnée son importance comme soutien des organes contenus dans le petit bassin, son effondrement exposera la femme à une série de troubles dont les uns sont immédiats, les autres tardifs, et qui constituent souvent même de déplorables infirmités.

Parmi les accidents primitifs, de ceux qui existent au moment où se fait la déchirure, le premier est l'hémor-

ragie. Rarement grave, elle peut acquérir une certaine gravité, si des veines variqueuses, si les veines hémorroïdales sont intéressées. La ligature pourra présenter quelque difficulté en raison de l'état de gonflement de la région, un tamponnement prolongé en viendra à bout.

Autrefois les déchirures du périnée étaient la porte d'entrée de microbes. C'étaient des foyers d'infections redoutables ; et nous avons vu dans une campagne un cas de déchirure abandonnée à elle-même dans un milieu particulièrement sale, recouvert d'un exsudat épais grisâtre, tandis que s'écoulait du vagin un liquide sanieux.

L'examen microscopique ne put être fait, mais sans aucun doute toute la flore microbienne décrite par Vidal dans ces cas devait être au complet, en particulier le streptocoque agent redoutable de l'infection puerpérale qui éclata peu après.

« Chaque fois, dit M. Champetier de Ribes, que chez
« une femme accouchée et délivrée dans de bonnes
« conditions vous verrez apparaître de la fièvre, exa-
« minez scrupuleusement la vulve et le périnée et vous
« y trouverez une ulcération, une petite plaie origine
« de l'hyperthermie. Soignez cette plaie et la fièvre
« disparaîtra. »

Ces complications immédiates doivent et peuvent de nos jours être évitées si l'on veut être imbu des idées d'asepsie, bien difficile, il est vrai, dans cette région, mais tout au moins d'une antisepsie raisonnée aussi complète que possible sans qu'il soit profitable de faire

un usage immodéré de substances antiseptiques, toutes plus ou moins corrosives qui enlèvent aux tissus leur vitalité et retardent notablement la guérison.

Les complications que nous appelons tardives, parce qu'elles ne sont une gêne, parfois une infirmité, qu'après un temps plus ou moins long après l'accouchement, ne sont pas moins inquiétantes. C'est tout d'abord la rupture du sphincter avec ses conséquences l'incontinence des matières fécales, les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, avec leurs conséquences intolérables décrites d'une façon saisissante par Roux.

Plus tard, l'affaiblissement du plancher pelvien entraîne le prolapsus de l'utérus; Duplay et Chaput concluent dans l'étude anatomo-pathologique qu'ils ont fait dans les *Archives de Médecine*, que quand le périnée ne mesure pas plus d'un centimètre de l'anūs à la vulve au lieu de 4 centimètres et demi qu'il doit avoir normalement le prolapsus est inévitable. Dans les déchirures complètes cet espace est nul, il y aura fatalement incontinence des matières fécales et prolapsus utérin dans la suite.

Bien des affections utérines qui rebutent le médecin et découragent les malades, ont leur origine dans l'insuffisance du périnée. Un utérus mal soutenu sera très fréquemment un utérus malade. C'est là une notion capitale qui doit engager le médecin à commencer tout examen gynécologique par la vérification de l'état du périnée avant même d'introduire le spéculum. Le prolapsus utérin entraînera du cystocèle et du rectocèle facile à constater.

Le prolapsus utérin, avec ou sans allongement hypertrophique du col, la congestion de l'utérus, sont les aboutissants ultérieurs de ce processus. L'utérus se présentant parfois à la vulve s'infectera d'autant plus facilement, d'où les endométriques si tenaces, si difficiles à guérir. Nous n'insisterons pas sur les prolapsus et tous les troubles qu'ils entraînent, nous avons voulu les signaler pour que l'indication opératoire de la périnéorrhaphie soit bien démontrée dans tous les cas, car ce sera pour remédier à cet insuffisance du plancher périnéal, ligament inférieur de l'utérus, si cette expression n'est pas trop osée, que nous proposerons la périnéorrhaphie tardive.

CHAPITRE III

De l'opportunité de l'intervention et du moment où elle doit avoir lieu.

De nos jours, avec la perfection des procédés opératoires, la question de l'opportunité de l'intervention n'est pas discutable ; les ruptures du périnée doivent être opérées, incomplètes ou complètes. Il est de toute nécessité de rendre au périnée son intégrité, nous avons suffisamment insisté sur son utilité pour être convaincu qu'une rupture même incomplète, même si elle ne semble pas devoir créer de gêne immédiate, pourra dans la suite favoriser un prolapsus utérin.

Autrefois, on espérait une guérison spontanée. On se contentait d'attacher les jambes de la femme avec une serviette, on constipait la malade et on attendait la réunion. Si cette méthode de traitement était possible pour les ruptures incomplètes, elle était illusoire quand la lésion était plus profonde. Une opération réglée est nécessaire. Le chirurgien, sûr de son résultat, doit la conseiller et apprécier le moment opportun pour intervenir.

Autrefois on échouait souvent dans les tentatives de

réunion immédiate ; la plupart des auteurs préféraient opérer après le retour de la région à l'état normal. Roux, Velpeau attendaient le retour des règles, Nélaton attendait de huit à quinze jours après l'accouchement.

Certains chirurgiens préférèrent la réunion immédiate, la réunion peut être faite aussitôt après l'accouchement sans que la malade témoigne une grande souffrance. Il est d'observation courante qu'après un accouchement pénible, la douleur produite par les sutures est supportable pour la femme.

Dieffenbach. Danyau, et récemment Guyon Siredey, Labbé, Doléris recommandent l'intervention immédiate.

Il nous semble qu'il est difficile d'établir une règle immuable pour le moment de l'intervention qui est subordonnée à diverses circonstances, en particulier à l'état des parties malades. L'état de contusion des lèvres de la plaie et leur irrégularité les rendent impropres à la réunion immédiate et favorisent la tendance au sphacèle et à la suppuration. L'écoulement des lochies, l'état puerpéral sont des circonstances de plus en plus rares, que l'accoucheur doit éviter, mais sont des éventualités graves qui contre-indiquent l'opération immédiate.

De même, lorsque les tissus sont infiltrés par l'œdème, lorsque la plaie est infectée par des écoulements putrides consécutifs à la putréfaction fœtale, il est difficile de risquer une réunion par première intention qui aurait toutes les chances de ne pas réussir.

L'état général de la femme peut aussi faire retarder l'intervention. Les hémorragies ne sont pas une contre-indication, mais l'état éclamptique par contre, soit que les accès existent encore, ou que la femme soit dans l'état d'anéantissement qui suit les crises, déconseille une opération, si minime soit-elle, quand il n'y a pas extrême urgence.

En 1876, la question du moment favorable à l'intervention fut portée à la Société de chirurgie. On y discuta la réunion immédiate secondaire, c'est-à-dire pratiquée quelques jours après l'accouchement. Cette pratique avait été suivie par un chirurgien de la fin du ^{xvii}^e siècle, Viardel. MM. Nélaton et Schwartz prirent part à la discussion et l'on se rangea à l'avis de Roux et Velpeau pour reculer l'opération, sur ce que « la réparation spontanée est possible et la femme en état de moindre résistance. »

En cas de déchirure incomplète, sauf les contre-indications signalées plus haut, nous pensons que la réunion immédiate doit être faite. La douleur est supportable et la femme saura gré du repos complet qu'elle aura dans la suite, sans la perspective d'une opération, si minime soit-elle.

Pour pratiquer cette suture immédiate, il faut après avoir aseptisé la région le plus possible, charger sur une grande aiguille courbe (celle de Doyen nous a semblé particulièrement commode) tous les tissus pris très profondément. Nous suturons en un plan, soit au fil métallique, soit avec des crins de Florence, soit simplement avec un catgut fort si l'on veut éviter à la

malade le désagrément quelques jours après de l'enlèvement des points de suture.

Dans la périnéorrhaphie tardive, le chirurgien, avant de décider l'intervention, devra prendre en grande considération deux circonstances importantes : 1° la femme qu'il va opérer est-elle grosse ; 2° la femme n'est pas enceinte, quel est chez elle l'état de la menstruation ?

Si la femme est enceinte, le chirurgien est-il autorisé à opérer ? Les cas sont assez nombreux où des femmes gravides ont été opérées avec succès, et plusieurs entre autres furent rapportés au Congrès d'Amsterdam en 1879. Nous croyons que s'il n'y a pas de troubles fonctionnels graves, par exemple incontinence des matières fécales, il est préférable d'attendre un moment plus favorable, car si l'intervention est bénigne, la femme peut être d'une susceptibilité particulière, l'action de l'anesthésie nécessaire pour une périnéorrhaphie complète n'est pas toujours sans danger pour une femme enceinte au point de vue de sa grossesse, et l'on pourrait se voir reprocher d'avoir provoqué un avortement.

Quel est l'état de la menstruation ? — autre question très importante. Si l'on opère, et que les règles reviennent avant la réunion parfaite, des caillots se formeront dans le vagin, ils feront une distension mécanique nuisible au bon résultat espéré. Même si le flux menstruel n'est pas abondant, il peut arriver que la congestion qui accompagne l'ovulation ne siège pas simplement dans l'utérus, mais dans toute la région pelvienne, et du côté des surfaces avivées il peut se

produire un écoulement sanguin, suffisant pour les écarter et empêcher la réunion par première intention.

Il faudra donc attendre que les règles soient rétablies d'une façon régulière et choisir pour opérer une période intermenstruelle la plus rapprochée de la cessation des règles, pour avoir devant soi une vingtaine de jours pendant lesquels la réunion aura le temps d'être définitive sans être troublée par l'écoulement sanguin.

CHAPITRE IV

Historique de la périnéorrhaphie.

« La première mention de la périnéorrhaphie se trouve dans un recueil obscur dont on ne connaît ni l'origine, ni l'époque, ni même l'auteur, mais qui cependant est antérieur à Ambroise Paré, nous voulons parler de Trotula. »

Dès cette époque on attachait une grande importance aux déchirures du périnée, à leurs causes, à leur traitement, et cet auteur applique même la périnéorrhaphie au prolapsus utérin. C'était entrevoir la question au complet, mais le mode opératoire était défectueux, les infections consécutives inévitables, comme pour toute intervention ; l'opération était dangereuse, elle fut oubliée.

Au xvi^e siècle, Ambroise Paré, s'occupa de cette même question, mais il semble que sans opérer lui-même, il guida de ses conseils son disciple Guillemeau, chirurgien français à qui revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier l'opération. A la même époque Reu-

ling et un accoucheur fort réputé, maître Come Viardel opposent aux déchirures du périnée la périnéorrhaphie immédiate et secondaire.

Plus tard, de La Motte, Smellie, Noël (de Reims), Murena, Saucerotte tentent l'opération avec plus ou moins de succès.

A l'époque actuelle, Dieffenbach en Allemagne décrit une méthode de périnéorrhaphie. Son but était d'éviter la désunion de la plaie, et pour en empêcher les tiraillements, il fait de chaque côté de la ligne de suture une incision libératrice. C'est sa méthode qui a été reprise et modifiée plus tard par Mercier, Baker Brown et Chassaignac.

C'est seulement en 1834 qu'il faut arriver pour trouver une bonne description de la périnéorrhaphie. Roux remit la question très délaissée, à l'ordre du jour. Son procédé devient plus chirurgical, il consiste à faire la suture enchevillée d'une plaie beaucoup plus large que celle que l'on osait faire avant lui. Ensuite Jobert de Lamballie, en 1845, modifie le procédé en tentant l'autoplastie avec un lambeau pris à la fesse gauche. La grande préoccupation des chirurgiens était, on le voit, d'obtenir une réunion qui était rare à cause du tiraillement de la plaie retenue par des sutures insuffisantes.

Dans tous ces procédés, le défaut capital était le décollement imparfait du feuillet vaginal et du feuillet intestinal ; il en résultait que dans la profondeur, les surfaces ne venaient pas en contact ; — la coaptation parfaite n'existant pas, la réunion se faisait mal, créant

des espaces morts qui ne tardaient pas à se remplir de sérosités, de liquides venus du vagin. L'infection était presque obligatoire dans ces conditions, et non seulement le but désiré : la réunion par première intention n'était pas atteint, mais l'on observait fréquemment des fistules recto-vaginales. Ces insuccès étaient dus à ce que l'on n'offrait à la réunion que peu de tissus : des bords et non des surfaces.

Langenbeck en 1853, attribuant le défaut de réunion des parties profondes à l'irritation produite par l'accumulation des liquides vaginaux et rectaux, tente l'avivement et l'autoplastie par dédoublement. C'est d'après ce principe que Demarquay opère ; mais, compliquant le mode opératoire, il n'en obtint pas tous les résultats désirables ; — son procédé comprend un grand nombre de sutures, et la critique la plus importante qu'on puisse lui faire, c'est de comprendre dans ses sutures le sphincter anal. Les contractions de ce muscle, sollicitées par cette cause d'irritation, amenaient des tiraillements toujours préjudiciables à la réunion.

Richet et Lefort font l'autoplastie aux dépens de la muqueuse vaginale. Marc Sée et Polaillon empruntent leurs tissus au périnée lui-même, en conservant le plus de tissu possible provenant de l'avivement des surfaces cicatricielles. Marc Sée insiste sur la nécessité du pansement compressif qui doit suppléer et parachever l'accolement des lèvres de la plaie, empêcher l'accumulation des liquides et la création de fistules recto-vaginales.

En Allemagne, Freund, Hildebrand, Wilms, Hégar

ne font pas le dédoublement ; ils se contentent d'exciser les surfaces cicatricielles et muqueuses pour obtenir une surface d'affrontement suffisante. Ils font des sutures vaginales et rectales.

M. le professeur Verneuil simplifie le procédé. Il cherche surtout à assurer de larges surfaces d'affrontement, en avivant la muqueuse vaginale et fait deux sutures, l'une sur la ligne périnéale en évitant avec grand soin de fixer le sphincter anal avec les sutures postérieures, l'autre sur le vagin.

Dès cette époque, les méthodes tendaient à se simplifier, et Marion Sims, chirurgien américain, applique en 1855 à la rupture du périnée les principes qui l'avaient guidé dans l'opération de la fissure vésico-vaginale. Il cherche à simplifier le procédé, augmente la hauteur de l'avivement et ne fait qu'un plan de suture avec des fils métalliques. Son élève Emmet conçoit un nouveau mode de suture. Il ferme la plaie à la manière d'une bourse. En cas de rupture du sphincter anal, il le reconstitue en rapprochant les deux bouts rétractés vers le coccyx à l'aide d'un fil spécial profond, très oblique, d'arrière en avant qu'il appelle sous-sphinctérien.

Le procédé d'Emmet fut longtemps en honneur, accepté et très recommandé par les maîtres Verneuil et Trélat.

Mais en 1887, parurent les travaux de Lawson Tait sur la périnéorrhaphie. Le procédé est simple, il se réduit à un dédoublement rapide suivi de l'application de quelques points de suture. Les méthodes modernes

dérivent de ce procédé que nous croyons intéressant de décrire.

Procédé opératoire de Lawson Tait. — Après avoir fait une incision transversale de 3 à 4 centimètres, on décolle la cloison recto-vaginale en son milieu ; on fait, partant de chaque côté de l'incision transversale, une incision de 2 à 3 centimètres, qui remonte à l'union des grandes et des petites lèvres. L'incision représente donc un U. Si la déchirure est grande, il prolonge ses deux dernières incisions par en bas et elle devient H. Le dédoublement effectué, on suture sous le contrôle de l'index et du médius gauches placés dans le rectum. Les fils ressortent par la partie avivée et non la peau. Le premier point de suture traverse le sphincter anal divisé, dont la place peut être reconnue avant l'avivement grâce à une légère fossette dans la cicatrice ; trois à six points de suture suffisent.

C'est ce procédé qui a été adopté en Amérique, en Allemagne par Fritz, en Suisse par Roux de Lausanne. Doléris, en 1889, complète le procédé d'Emmet par une colporrhaphie, en sectionnant un lambeau vaginal et en suturant ses bords. Il a en vue de restituer le plancher périnéal et d'affermir la paroi vaginale.

Pozzi à cette époque, modifie le procédé ; il obtient l'avivement au moyen d'une incision transversale portant sur les débris de la cloison ; il abaisse de ses extrémités deux incisions verticales étendues de la hauteur des petites lèvres au pourtour de l'anus ; il creuse en décollant de façon à relever en haut le vagin avec les restes de la cloison. Trois fils d'argent consti-

tuent la suture profonde : un sur le vagin ; le second à l'angle du décollement de la cloison recto-vaginale, le troisième sur le rectum. Un surjet au catgut affronte les surfaces avivées, et on termine par des points superficiels.

Nous avons considéré dans cet historique les principales méthodes anciennes et incomplètes. Depuis quelques années, elles ont été abandonnées. On a voulu compléter l'opération, rendre au périnée une résistance suffisante et au lieu de ces « perinées en façade », suivant l'expression du professeur Budin, faire un plancher périnéal solide avec les muscles de la région. La périnéorrhaphie devenait une myorrhaphie que nous allons étudier avec les divers procédés opératoires actuels.

CHAPITRE V

Procédés actuels de périnéorrhaphie, myorrhaphie des releveurs.

Au Congrès des naturalistes et médecins allemands, à Munich le 20 septembre 1899, Ziegenspeck décrivit l'opération qu'il appliquait systématiquement au traitement des ruptures du périnée et du prolapsus utérin. C'est lui le premier qui ait pratiqué la myorrhaphie des releveurs.

Procédé de Ziegenspeck. — Une incision transversale longe la circonférence postérieure de la vulve, à l'union de la peau et de la muqueuse vaginale ; il dédouble la cloison recto-vaginale avec un instrument moussé ; la paroi vaginale postérieure ainsi isolée est fendue longitudinalement avec des ciseaux. On obtient ainsi une incision en T. On suture l'une à l'autre les deux lèvres de la plaie vaginale en prenant toute l'épaisseur de la paroi de l'organe, de façon à former un bourrelet épais et saillant qui va renforcer le vagin. C'est le premier temps de l'opération qui va

être complétée par la suture de la plaie périnéale losangique à grand axe transversal qu'on réunit en adossant largement les surfaces cruentées soit par des catguts perdus, soit des fils d'argent dans toute l'épaisseur. Les releveurs sont suturés, mais par simple réunion de leurs bords et non adossés dans toute leur surface, comme on le fit dans la suite. Les résultats furent satisfaisants.

Napalkoff de Moscou, à la même époque, appliqua la même idée au prolapsus du rectum chez l'homme.

En France, la discussion fut reprise, en juillet 1902, à la Société de chirurgie par M. Gérard-Marchand qui présentait en son nom et au nom de M. Lenormand une malade à laquelle il avait fait pour un prolapsus rectal une recto-coccyxie et une myorrhaphie des releveurs. Il montra l'importance de la suture de ces muscles appliquée au traitement du prolapsus génital. Après avoir fait une incision préanale convexe en haut d'une tubérosité ischiatique à l'autre, et fait le décollement, ils suturent par trois points de catgut les bords latéraux des releveurs, mis en évidence précédemment.

Au mois de novembre de la même année, M. Delbet se décide à décrire complètement à la Société de chirurgie la technique opératoire qu'il employait déjà depuis un certain temps pour les périnéorrhaphies, consistant dans la suture des bords des releveurs. Nous résumons la technique de son procédé tel qu'il l'a exposé.

Une incision demi-circulaire suit le limbe cutané-

muqueux et remonte de chaque côté à 1 cent. 1-2 ou 2 centimètres du méat urinaire.

Pour décoller l'espace recto-vaginal, il faut disséquer à la partie moyenne de la plaie. On a d'abord à traverser un noyau cicatriciel plus ou moins épais qui remonte plus ou moins haut. Arrivé à la partie supérieure, on rencontre souvent des fibres musculaires longitudinales qui vont du rectum au vagin. On tombe alors dans un espace lamelleux d'apparence séreuse où le doigt décolle facilement le rectum du vagin. Il faut poursuivre le décollement profondément jusqu'au niveau du col utérin. On prolonge la dissection sur les parties latérales jusqu'à l'aponévrose de l'obturateur interne ; c'est là que l'on trouve les fibres du releveur reconnaissables à leur direction ; il faut les mettre en évidence et les disséquer en haut aussi loin que possible. Il n'y a plus qu'à suturer les muscles bien mis en évidence. M. Delbet fait des sutures à fils perdus au catgut fort ou en argent. Le premier fil est passé le plus haut possible ; on prend les releveurs en une fois, en deux si les bords internes sont trop éloignés. On constate alors que les deux releveurs se tendent comme un rideau entre le rectum et le vagin, sans qu'il se fasse de solution de continuité du côté de l'aponévrose obturatrice. Deux autres fils sont placés sur les releveurs en se rapprochant du pubis, puis on recueille tout ce qui reste de débris musculaires entre les releveurs et la peau au moyen de 2 ou 3 fils qui vont raser l'aponévrose obturatrice. Il ne reste plus qu'à suturer la peau au fil d'argent.

Ce qui reste particulier au procédé de M. Delbet, et qui n'a pas été suivi par les autres auteurs, c'est la suture des releveurs à points séparés et au fil d'argent à demeure. M. Ricard qui prit part à la discussion de la communication de M. Delbet, relate ce fait, et dans le procédé qu'il nous a indiqué et que nous décrivons en dernier lieu, il évite cette petite complication de la technique opératoire.

Peu de jours après la communication de M. Delbet, MM. Pierre Duval et Proust publiaient dans la *Presse médicale* la technique de la suture des muscles releveurs de l'anus, au cours de la périnéorrhaphie. Elle diffère de celle de M. Delbet en ce que ces auteurs pratiquent l'adossement des faces des muscles et non la simple réunion de leurs bords. Leur technique présente plusieurs avantages : 1° de reconstituer les deux étages du plancher pelvien : le périnée et le plan des releveurs, 2° de corriger le prolapsus du vagin qui est habituel, ce qui est facile quand on suture méthodiquement les releveurs ; en prenant point d'appui sur eux, on pratique une colpopexie très simple, et on suspend en quelque sorte le vagin au plan musculaire reconstitué.

3° Le cul-de-sac de Douglas étant toujours plus ou moins agrandi quand il y a prolapsus, l'adossement des releveurs à condition qu'elle soit très prolongée en arrière, refoule ce cul-de-sac et évite l'élytrocèle commençante.

Le procédé de Duval et Proust répond donc à leur triple desideratum :

a). — Aplatissement du vagin et refoulement en avant de sa paroi postérieure.

b). — Fixation et tension du vagin en position haute.

c). — Constitution d'un noyau musculaire au-dessous de l'extrémité inférieure du Douglas. »

Nous empruntons à l'article de ces auteurs la description de leur technique opératoire complète. Leur procédé très anatomique doit être décrit en entier dans une étude des différents procédés de périnéorrhaphie.

Technique opératoire de MM. Proust et Duval.

« La malade est placée dans la position périnéale inversée.

« **INCISION CUTANÉE.** — C'est une incision concave en avant qui passe transversale à la limite postérieure de la fourchette et se porte au dehors jusqu'au sillon périnéo-crural, jusqu'au bord externe de la grande lèvre. C'est en somme une incision de périnéorrhaphie par dédoublement, mais élargie pour faciliter l'abord des releveurs et la complète mobilisation du vagin.

« *Découverte des bords inférieurs des releveurs et de la bandelette recto-vaginale.* — La peau coupée à fond, on incise le raphé ano-vulvaire et le corps périnéal, de manière à permettre à la vulve et à l'anus de s'écarter l'une de l'autre.

« Puis on se reporte dans les extrémités antéro-latérales de l'incision sectionnant assez en dehors pour évi-

ter les bulbes de la vulve, assez profondément pour prendre contact avec les releveurs.

« A ce moment, l'aide faisant de la rétropulsion de l'anus avec une pince, fait saillir les bords inférieurs de ces releveurs comme deux cordes. La dissection les suit et les accompagne en avant jusqu'au point où ils s'engagent sous le diaphragme uro-génital, sous les arcades périnéales. C'est là le point d'élection pour commencer leur isolement méthodique.

« La dissection antéro-postérieure de leurs bords inférieurs isole sur la ligne médiane une formation horizontale qui n'est autre que la bandelette recto-vaginale.

« *Section de la bandelette recto-vaginale et pénétration dans l'espace décollable.* — La bandelette est sectionnée transversalement au bistouri. L'instrument doit être tenu parallèle à la paroi vaginale postérieure. Si l'opérée est dans la position périnéale inversée, le vagin est vertical, le bistouri doit donc être vertical aussi ; si l'opérée a le bassin moins relevé, l'instrument est fortement oblique en bas et en avant.

« La section doit être faite au ras de la paroi vaginale, et ce lieu de section est obligatoire pour ne point blesser le cap rectal très proéminent à ce niveau.

« L'espace décollable est ouvert, du fait même de la section totale de la bandelette. Il se présente avec ses deux parois antérieure et postérieure lisses, blanches, comme recouvertes d'une séreuse.

« L'extrémité des ciseaux courbes décolle alors, sur toute sa hauteur, la paroi vaginale attirée en avant par

une pince et ce décollement, sans aucune rupture vasculaire, se poursuit jusqu'à ce que l'on aperçoive le cul-de-sac de Douglas, sous forme d'un bourrelet transversal blanc et saillant.

« A ce moment, à travers la paroi vaginale, on sent la lèvre postérieure du col de l'utérus. Il faut rechercher ce point de repère.

« Reportés en arrière et sur les côtés, les ciseaux courbes tenus fermés isolent les faces internes des releveurs dont les bords étaient déjà visibles au périnée.

« Une valve étroite, longue, droite, placée sur la ligne médiane, repousse en arrière la paroi recto-ampullaire.

« *Suture des releveurs par leur face interne.* — La suture des muscles doit porter, nous l'avons vu, sur leurs faces internes, de façon à refermer la boutonnière musculaire qui enserre le vagin ; mais le plan de myorrhaphie destiné à propulser la paroi vaginal postérieure, doit être oblique en bas et en avant. Une technique spéciale pour le placement des fils, permet de réaliser cette obliquité.

« Une pince à dissection éverse le bord inférieur du releveur et présente ainsi la face interne du muscle. Le premier point doit être placé aussi profondément que possible à la hauteur du Douglas, que l'on refoule s'il est trop proéminent.

« L'aiguille courbe charge la face interne du muscle et largement ; elle passe ensuite dans la paroi vaginale : mais, comme nous avons vu la nécessité d'une vagino-

pexie avec ascension du conduit vaginal, le fil passe dans la paroi génitale, non pas à la même hauteur que dans le muscle mais plus bas. Cette distance sera proportionnelle au degré du prolapsus vaginal. L'aide réduit ce prolapsus, et montre ainsi de combien le fil doit remonter le vagin.

« Le fil repasse alors dans la face interne du releveur opposé ; il décrit un trajet en $\cap$. Le fil n'est pas lié immédiatement. Trois ou quatre fils sont ainsi placés pour la myorrhaphie et la vagino-pexie. Ils sont de plus en plus superficiels. Leur traversée musculaire se rapproche de plus en plus du bord inférieur du muscle, et le dernier point passe même dans ce bord pour comprendre le vagin à la limite de la vulve.

« Les trois fils sont alors noués en commençant par le supérieur, et, grâce à leur disposition en escalier, l'obliquité de la paroi vaginale est entièrement rétablie.

« Quatre points alors disposés en suture antéro-postérieure unissent les bords inférieurs des muscles. Le point antérieur reprend la vulve qu'il fixe ; le postérieur touche au sphincter externe de l'anus lorsqu'il est conservé, le reconstitue lorsqu'il est déchiré.

« Par-dessus ce plan pelvien, il reste à refaire le plan périnéal, c'est, nous l'avons dit, une périnéorrhaphie par dédoublement, et nous avons eu soin de laisser les extrémités transversales de l'incision assez rapprochées pour permettre une suture antéro-postérieure. On traverse donc les tissus en masse, plaçant les fils à la manière de Doléris pour adosser la partie cutanée de l'incision. Quant à la partie muqueuse, elle est forcée-

ment moins exubérante que dans une périnéoplastie ordinaire, puisque le vagin a été remonté; néanmoins il reste un petit bourrelet muqueux dont la résection permettra la suture en double adossement toujours à la manière de Doléris. »

CHAPITRE VI

Procédé rapide de la myorrhaphie des releveurs de l'anus employé dans le service de M. Ricard au cours de la périnéorrhaphie par dédoublement.

Ce procédé diffère peu des précédents, sauf cependant que M. Ricard a simplifié la technique opératoire, en supprimant la suture des releveurs à points séparés et les fils d'argent ou de catgut qu'on laissait dans la plaie. En somme c'est le procédé de Lawson Tait avec en plus la recherche des muscles releveurs de l'anus. C'est le procédé de Proust et Duval mais moins anatomique, c'est-à-dire qu'on ne recherche pas à reconstituer méthodiquement un à un les plans. M. Ricard insiste, lui aussi, sur la nécessité de poursuivre très haut le décollement latéral pour mettre à nu les muscles rétractés et les prendre distinctement dans les fils de suture, puis de prendre très largement les tissus musculaires et fibreux sur les côtés du rectum, et au devant de lui, afin de reconstituer un massif périnéal épais sans espaces morts. La suture en un plan avec

des fils métalliques, permet d'avoir un affrontement parfait et évite les inconvénients que peut avoir la suture perdue.

Technique opératoire. — La malade est préparée la veille de l'opération par un grand lavement évacuateur ; on vide son rectum et, immédiatement après, on le constipe en lui administrant de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 d'opium. La région périnéale est lavée une première fois, la vulve est rasée, et un pansement humide est appliqué sur la région jusqu'au lendemain matin, jour de l'opération.

Instruments. — L'instrumentation nécessaire est extrêmement simple : un bon bistouri, une paire de ciseaux, une pince à disséquer, quelques pinces de Kocher et hémostatiques simples, une aiguille de Doyen, un flacon de catgut n° 2, une demi-douzaine de fils métalliques. Il est inutile d'insister sur la stérilisation parfaite de ces instruments, de même que des tampons que l'on emploiera, des compresses pour limiter le champ opératoire et du pansement terminal qui sera aseptique.

La malade est endormie dans la salle d'opérations par un procédé quelconque : le chloroforme, l'éther. Nous n'avons pas vu appliquer spécialement à la périnéorrhaphie le récent procédé des injections rachidiennes de stovaïne ; mais, vu l'anesthésie parfaite qu'elle donne à la région génitale, nous pensons que quand leur étude sera plus approfondie, ce nouveau procédé pourra être d'un grand secours au chirurgien obligé d'opérer seul.

Quand l'anesthésie est suffisante, on place la malade dans la position périnéale inversée, le siège dépassant le bord de la table d'opération, les cuisses soutenues par des supports.

Le pansement appliqué la veille est retiré, la région est de nouveau brossée au savon. Il faut toutefois éviter d'entamer l'épiderme, ce qui ouvre des portes d'entrée à l'infection, venant des liquides vaginaux ou du rectum. L'intérieur du vagin est aseptisé le plus possible par un nettoyage pratiqué à l'intérieur, en y introduisant deux doigts recouverts d'une compresse savonnée. Il est possible ainsi de nettoyer les replis et les culs-de-sac. Une injection d'eau bouillie enlève le savon, toute la région périnéale est nettoyée à l'éther et à l'alcool, en évitant d'en verser sur la vulve, ce qui produirait à la malade une sensation de brûlure très pénible au réveil et qu'il est facile d'éviter.

Des compresses larges sont disposées et retenues par des pinces de façon à bien limiter le champ opératoire, surtout du côté de l'anus ; car, malgré les soins préalables, il n'est pas rare de voir la malade expulser des matières qui viendraient souiller le champ opératoire s'il n'était bien garanti : l'opérateur s'assoit en face de la malade, son aide à sa gauche, ses instruments à sa droite.

On place sur la région périnéale deux pinces espacées de 3 à 4 centimètres, qui seront les limites de l'incision. Ce point de détail n'a d'utilité que pour guider l'opérateur et assurer une incision régulière. On fait une incision à concavité antérieure située sur la commissure et

se terminant sur les petites lèvres. On a très peu de sang à ce moment. L'incision est faite assez profondément ; on met alors deux pinces, une sur la lèvre postérieure ou anale qu'on laisse tomber, une sur la lèvre antérieure ou vaginale qu'on confie à l'aide ; celui-ci la soulève et c'est sous elle que l'opérateur va disséquer. Dès que la dissection est commencée, l'aide en tirant en bas la pince posée sur la lèvre postérieure met, en évidence les bords inférieurs des releveurs que l'on repère facilement en introduisant un doigt dans la plaie. Quand on s'est fait un jour suffisant, quelques coups de ronde cannelée sous chacune des parties latérales de la plaie isolent très suffisamment les muscles releveurs. Il reste au milieu de la plaie une formation horizontale qui est la bandelette recto vaginale. Sectionnée, elle permet de pénétrer avec la plus grande facilité dans l'espace décollable que l'on va ouvrir très profondément. La dissection est achevée, l'opérateur a mis en évidence les muscles dont il va se servir.

Nous devons signaler une petite difficulté qui existe au cours du décollement et qui est due aux adhérences du rectum. Nous devons nous rappeler que, superficiellement au niveau du centre périnéal, le sphincter externe et le transverse superficiel entrecroisent leurs fibres, et qu'un peu plus haut la convexité antérieure du rectum périnéal adhère au bord postérieur du diaphragme uro-génital par un faisceau de fibres lisses (muscle prérectal de Henle). Il est nécessaire de détruire avec soin ces adhérences, une manœuvre brusque à ce moment pouvant faire ouvrir le rectum, incident qui peut avoir

quelque gravité et qui, en tout cas, prolonge l'opération en obligeant de le suturer.

L'hémostase de la région est faite avec grand soin. Il y a généralement quelques ligatures à faire au catgut, et on a tout intérêt à vérifier cette hémostase qui, incomplète, peut créer un hématome profond qui nuirait à la réunion par première intention.

Le temps important de l'opération, celui dont dépend le succès dans la suite est celui de la mise en plan des trois premiers fils métalliques. On pique sur les cotés de l'anus et à distance, en portant la pointe de l'aiguille de Doyen en avant, on prend largement les releveurs, un peu de la paroi postérieure du vagin pour ne pas avoir d'espace mort, on fait le même trajet de l'autre côté mais en sens inverse, portant la pointe de l'aiguille en arrière de façon à ressortir symétriquement. Quand l'aiguille est en place, la concavité de l'aiguille est tournée vers l'anus et non pas vers la peau.

Deux autres points complètent l'opération : l'un dont l'orifice d'entrée va répondre à peu près à la partie antérieure de l'anus, un autre périnéal. On serre les fils en les tordant, en commençant par le premier placé.

L'importance de la mise en place de ces points, et surtout du premier, consiste à attirer une partie du périnée postérieur devant l'anus. On augmente ainsi beaucoup la longueur du périnée vrai.

Il est quelquefois nécessaire de terminer par un point supplémentaire au catgut, à la partie antérieure.

On dessèche le vagin le plus possible, et on y introduit une mèche de gaze stérilisée qui aidera à assurer l'hémostase et qui est surtout destinée à absorber les sécrétions vaginales qui pourraient infecter la plaie.

On met une sonde à demeure qui permettra de maintenir un pansement toujours propre. Ce pansement est composé de quelques compresses et d'une épaisse couche de coton hydrophile stérilisé, le tout maintenu en place par un bandage en T. Si le pansement venait à être souillé, rien n'est plus facile que de le changer en entier sans toucher à la plaie. Il est bon aussi de vérifier l'état de la mèche vaginale, que l'on peut remplacer avec précaution.

Huit jours après l'opération, on fait aller la malade à la selle, et seulement le lendemain on enlève les fils, en prescrivant pour les jours qui vont suivre des soins de propreté tout particuliers et quelques injections vaginales d'eau bouillie.

OBSERVATIONS

Prises dans le service du D^r RICARD, à l'hôpital Saint-Louis.

Observation I

Léontine H..., 48 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 24 avril 1902 se plaignant de pesanteurs dans le bas-ventre. Les mictions sont fréquentes. Elle a eu dix accouchements, tous normaux. Le dernier remonte à dix-huit ans, et c'est à ce moment qu'elle eut une déchirure incomplète du périnée. Neuf ans après on lui fait à Tenon une amputation du col.

A l'examen, on constate que l'utérus descend jusqu'à l'entrée de la vulve. Le périnée n'offre aucune résistance.

Le 3 mai. — La malade est opérée : colporraphie antérieure et périnéorraphie par dédoublement, suture des releveurs en un plan avec trois fils métalliques.

Actuellement la malade est bien portante ; elle peut sans fatigue vaquer à ses occupations, les troubles de la miction n'ont pas reparu. Le périnée est très résistant.

Observation II

Augustine V..., 39 ans. Entre à Saint-Louis le 23 juin 1902. A eu deux enfants, le dernier il y a treize ans. La tête du fœtus

très volumineuse fut expulsée violemment et le périnée fut déchiré. A l'examen, le périnée est réduit à l'état d'une mince bandelette, il y a un très léger prolapsus utérin mais du cystocèle et du rectocèle. Le 26 juin, on fait une périnéorrhaphie par dédoublement et myorrhaphie des releveurs, suture en un plan aux fils métalliques.

Les suites sont parfaites, la malade sort le 17 juillet.

Observation III

Louise L..., 35 ans, ménagère. Entre le 12 juin dans le service du Dr Ricard. A eu il y a neuf ans un accouchement très laborieux ; depuis, elle souffre dans le bas-ventre et les douleurs vont en augmentant exagérées par la station debout. A l'examen, on trouve un utérus augmenté de volume et en rétroversion, col ulcéré. Cystocèle vaginale, périnée d'un centimètre sans résistance.

Le 26 juin on fait une périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs. La malade sort guérie le 7 juillet.

Observation IV (*personnelle*).

Eugénie T... 26 ans, déchirure du périnée qui est réduit à une mince lame fibreuse à la suite d'un premier accouchement remontant à 2 ans. Un léger degré de prolapsus utérin, gêne de la miction, douleurs dans le bas-ventre.

Périnéorrhaphie par dédoublement, myorrhaphie des releveurs, suture sur un plan et au fil métallique.

La malade a été revue récemment ; non seulement elle ne souffre plus des troubles qu'elle présentait mais a eu l'année

dernière un second accouchement qui s'est passé très normalement, le dégagement de la tête bien qu'un peu longue ne fit aucune lésion au périnée actuellement très résistant.

Observation V

Maria L... 32 ans a eu deux grossesses, le dernier accouchement fut laborieux ; c'était un siège, déchirure importante du périnée. Cinq ans après, prolapsus total, l'utérus est coiffé par le vagin sorti par la vulve. Opération d'Alexander et périnéorraphie par dédoublement, suture des releveurs de l'anus en un plan aux fils métalliques. Suites opératoires normales, la malade sort guérie un mois et demi après. Elle n'a pas été revue depuis.

Observation VI (personnelle).

Marie G... 29 ans, cuisinière, accouche le 8 novembre 1903 d'un enfant pesant 5 kgr. 200, se présentant par le sommet. Le travail dura dix-huit heures, ayant perdu les eaux à minuit, elle accouche le lendemain à 9 heures du soir. Expulsion brusque du fœtus, délivrance naturelle dix minutes après.

Déchirure complète du périnée ; onze jours après chez elle on suture au catgut. La plaie ne se réunit pas. Trois jours après nouvelle suture qui ne réussit pas plus. La plaie finit par se cicatriser. Trois mois et demi après elle revoit ses règles. Elle se présente à l'hôpital Saint-Louis au mois de mars. Elle n'a aucune gêne fonctionnelle et se fait opérer sur le conseil de son médecin.

A l'examen du périnée, on constate qu'il mesure à peine 1 centimètre de l'anus à la vulve, béante dans sa partie inférieure, le toucher rectal et vaginal combinés confirme qu'il n'y a à séparer le rectum du vagin que très peu de tissus n'offrant aucun plan résistant, pas de prolapsus du vagin, pas de rectocèle ni de cystocèle.

Quelques jours après périnéorraphie par dédoublement ; recherche des releveurs rétractés assez profondément, on comprend dans les sutures au fil métallique une assez forte portion de la paroi postérieure du vagin, la suture est faite en un plan, les suites opératoires sans incident, les fils sont enlevés le neuvième jour, la femme a été très difficilement à la selle la veille, sans qu'il ne se produise autre chose qu'une douleur assez vive. Quelques jours après nous nous assurons par le toucher rectal et vaginal, que l'affrontement profond est parfait ; on a un plan extrêmement solide, la longueur de l'anus à la vulve est de presque 3 centimètres. La malade revue dernièrement ne pense même plus à son opération, elle est de nouveau enceinte de 5 mois.

Observation VII (*personnelle*).

Jeanne F..., couturière, 28 ans, a eu, 8 mois avant d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, un premier accouchement à terme, présentation du sommet, travail laborieux, expulsion brusque de la tête, déchirure du périnée allant jusqu'au sphincter anal mais le respectant.

Quelques millimètres de tissus blanchâtres séparent l'anus de la vulve ; aucun plan résistant ne sépare ces deux organes, pas de prolapsus utérin, pas de cystocèle ni de rectocèle, pas de

troubles fonctionnels, la malade se fait opérer craignant des accidents consécutifs.

Périnéorrhaphie par dédoublement, décollement très profond de l'espace décollable. On comprend dans la suture aux fils métalliques la masse des releveurs et une certaine portion de la paroi postérieure du vagin, suites opératoires normales. Quinze jours après il ne reste plus que la trace des fils, une cicatrice médiane de 3 centimètres séparant l'anus du vagin. Toucher vaginal et rectal combinés ; fait constater un plan profond épais et résistant.

La malade opérée il y a quinze mois a accouché ces jours derniers d'un enfant à terme ; nous l'avons revue quelques jours après et n'avons constaté aucune lésion du périnée, qui a gardé sa solidité. Le travail avait été long et une application de forceps fut faite sans aucun inconvénient.

CONCLUSIONS

I. — Le périnée est une région dont l'importance physiologique chez la femme est considérable au moment de l'accouchement et comme moyen de soutien des organes pelviens.

II. — Les déchirures incomplètes du périnée sont fréquentes, les ruptures complètes sont plus rares. Toute déchirure entraîne à sa suite des troubles graves : infection possible, fistules recto-vaginales, prolapsus utérin dans la suite avec toutes ses conséquences.

III. — Autant que possible le chirurgien doit intervenir de suite et tenter la réunion immédiate en faisant des points de suture profonds, comprenant tous les plans y compris la peau.

IV. — Si pour une cause dont il est juge, il n'aura pu tenter la réunion immédiate, il attendra un délai de six mois environ et opérera dans l'intervalle de deux périodes menstruelles, le plus près possible de la ces-

sation de la première. Si la femme est enceinte il est préférable d'attendre.

V. — Les procédés anciens sont incomplets et doivent être abandonnés ; on fera la périnéorrhaphie par dédoublement avec la myorrhaphie des releveurs.

VI. — Nous préférons aux procédés de reconstitution anatomique des plans de Delbet, Duval et Proust, le procédé employé dans le service de M. Ricard qui, par sa rapidité et sa simplicité, nous semble la méthode de choix.

Vu : le Président de la thèse.

RECLUS

Vu : le Doyen.

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Auvard.** — Traité des accouchements, 1890, p. 230.
- Baudry.** — Ruptures de la cloison recto-vaginale pendant l'accouchement sans déchirure du périnée. *Ann. gyn. et obst.*, 1894, XLII, p. 35.
- Bareau.** — Essai sur traitement immédiat des perforations recto-vaginales survenues pendant l'accouchement. *Thèse Paris*, 1896.
- Barbier.** — Périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après la délivrance dans tous les cas de déchirures vagino-périnéales. *Th. Paris*, 1892.
- Bonnaire.** — Du périnée obstétrical. *Gaz. des hôpit.*, 1891, n° 35.
- Budin.** — Traité de l'art des accouchements, I et III.
- Quelques remarques sur la contraction physique et pathologique des muscles releveurs de l'an us chez la femme. *Progrès médical*, 1881, *Obst. et gyn.*, 1886, p. 364.
 - Des lésions traumatiques chez la femme pendant l'accouchement. *Thèse agrégation*, 1878, p. 12 à 35.
 - *Leçons de clinique obst.*, 1889, p. 55.
- Boissard.** — *Journ. obstétr.*, 15 mars 1896.
- Chambers.** — Déchirures du périnée comprenant le sphincter an., in *New-York medical Journal*, 1887.
- Chochoy-Latouche.** — Rupt. du périnée, trait. *Th. Paris*, 1885.
- Churchill.** — Trait. des mal. des femmes, p. 1028.
- Coudér.** — Protect. du périnée. *Th. Paris*, 1890.

- Coville. — Réfection du plancher pelvien par suture des releveurs de l'anus. *Ann. médico chirurgi. du Centre*, 27 mars 1904, p. 159-160.
- Da Casta. — Méth. de restaurat. du périnée, in *Obst. Soc. of Philadelphia*, 1889.
- Dayot. — Périnéorrhaphie. *Th. Paris*, 1886.
- Danyau. — Mém. sur périn. *Journal chirurgie*, juin 1843.
- Décis. — Périnéorrhaphie. *Th. Paris*, 1893.
- Delbet Pierre. — *Bull. de soc. chir.*, 19 nov. 1902.
- Delcroix. — Ruptures centrales du périnée. *Th. Paris*, 1890.
- Demarquay. — Rech. sur périn. *Gaz. méd. de Paris*, 1864.
- Duval et Proust. — Technique de la suture des muscles releveurs de l'anus. *Presse méd.* 22 nov. 1902.
- Emmet. — *New-York med. journal 1865. Medical Record*, 15 march 1873.
- Pratique des maladies des femmes, traduit par Olivier, p. 375.
- Falot. — Anat. obstét. de l'orifice pubo-périnéal. *Th. Lyon*, 1889.
- Gallois. — De la périn. immédiate par les méth. de suture interstitielle. *Th. Lyon* 1894.
- Gérard-Marchand. — *Bull. de soc. de chirurg.*, 30 juillet 1902.
- Guillemeau. — Œuvres de chirurgie. Rouen 1849, p. 554.
- Hartmann. — Rapport. *Bull. soc. chir.*, 1902, 5 août.
- Hegar et Kaltenbach. — Traité de gynéc. opératoire, traduit par Bar. accouch. des hôp.
- Henry o Marey. — Restauration du périnée. *Journal of the american med. assoc.*, 31 oct. 1903, p. 1064.
- Hue (de Rouen). — Mémoire présenté *Soc. de chir.*, 1876.
- *Annales de gynéc.* juillet 1876.
- Joffrion. — Déch. du périn. *Th. Paris*, 1886.
- Jobert de Lamballe. — Périnéoplastie chez la femme. *Gaz. des hôp.*, 1873.
- Kirmisson. — Art. PÉRINÉE, in *dict. Dechambre*, 1887.
- Art. PÉRINÉORRAPHIE, *Dict. encyc. des sciences médicales*, 1896, p. 114.
- Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médi. chir. de gynécologie, Paris.
- Lacoste. — Critique hist. de la périnéorr., *Th. Bordeaux*, 1881.
- Laderie. — Rupt. complètes du périnée. *Th. Paris*, 1893.
- Langenbeck — *Gaz. des hôpit.*, 22 janvier 1853.
- Marduel. — Art. PÉRINÉE in *Dict. Jaccoud*, XXVI.

- Monod et Vanverts.** — Technique opératoire, tome II.
- Napalkoff.** — *Communic. Soc. chirurg.*, février 1901, n° 50.
- Nélaton.** — *Eléments de path. chirurgicale*, 1859.
- Piqué.** — Périnéorr. appliquée aux déchirures complètes. *Gaz. des hôp.*, 1887.
- Poirier.** — *Traité d'anatomie*, tome V.
- Polaillon.** — *Bull. de Société de chir.*, 1885.
— *Archives de tocologie*, 1885.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*.
- Proust et Duval.** — *Presse méd.*, 22 nov. 1902.
- Radier.** — Déch. du périn. et trait. primitif. *Th. Paris*, 1894.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage.** — *Traité d'obstétrique*.
- Richet.** — Procédé de périnéorr. Leçon recueillie par Felizet. *Union médicale*, 16 janvier 1869.
- Richelot.** — *Bull. soc. de chir.*, 17 décembre 1902.
- Soenger.** — Remarques sur l'hist. et la technique de la périnéorr. à lambeaux. in *centr. gynéc.*, 1888.
- Swartz.** — *Rev. de chirurgie*, 1885.
- Tait.** — Réparation du périnée de la femme. *Sem. méd.*, 1891.
- Tarnier et Budin.** — *Traité de l'art des accouchements*.
- Testut.** — *Traité d'anatomie*, tome III.
- Trélat.** — *Gaz. des hôp.*, 1887.
- Varnier.** — Du détroit inf. musculaire du bassin obst. *Th. Paris*, 1880.